Automobile Injury Compensation
Appeal Commission

Annual Report
2003-2004

Manitoba

Manitoba

Automobile Injury Compensation Appeal Commission

1720 - 330 Portage Avenue
Winnipeg MB R3C 0C4
CANADA

Toll Free: (within Manitoba)
1-800-282-8069
Phone No: (204) 945-4155
Fax No: (204) 948-2402
E-Mail: autoinjury@gov.mb.ca

The Honourable Greg Selinger
Minister of Finance
Room 103
Legislative Building
450 Broadway
Winnipeg, MB R3C OV8

Dear Minister:

Section 180(1) of the Manitoba Public Insurance Corporation Act states that within six months after the end of each fiscal year, the Chief Commissioner shall submit an annual report to the Minister respecting the exercise of powers and the performance of duties by the Commission and include the significant decisions of the Commission and the reasons for the decisions.

I am pleased to enclose herewith the Annual Report of this Commission for the fiscal year ending March 31st, 2004 including a summary of significant decisions.

Cordially yours,

MEL MYERS, Q.C.,
CHIEF COMMISSIONER

ANNUAL REPORT FOR THE FISCAL YEAR 2003/2004
OF THE
AUTOMOBILE INJURY COMPENSATION APPEAL COMMISSION

General

The Automobile Injury Compensation Appeal Commission ('the Commission') is a specialist tribunal, established to deal with appeals arising with respect to claims under the Personal Injury Protection Plan (PIPP) of Manitoba Public Insurance Corporation ('MPIC'), more commonly known as the 'no-fault insurance program.'

The Commission was established under The Manitoba Public Insurance Corporation Act ('the Act'), which, amongst other things, outlines the powers and responsibilities of the Commission regarding the processing of appeals.

2003/2004 was the tenth full year of the operations of the Commission which now has a complement of nineteen persons: two full-time commissioners, thirteen part-time commissioners, a director, an appeals officer, the secretary to the chief commissioner and an administrative assistant. 189 individuals filed appeals with the Commission respecting 234 MPIC decisions for the 2003/2004 year. This compares with 164 individuals filing appeals respecting 197 MPIC decisions in the 2002/2003 year. Most of the appeals heard during the 2003/2004 fiscal year relate to injuries sustained in prior years - some as early as 1994. As each year passes the resultant files, in many cases, increase in volume and time spent to review. This is due, in part, to the fact that, when injuries are of a comparatively serious nature and the insurer's initial liability is not disputed, a claimant may be in receipt of income replacement, medical treatment or other coverage from MPIC for an extended period; in such cases, it is only when MPIC decides to terminate benefits that the appeal process is sometimes initiated.

The Appeal Process

Prior to filing an appeal with the Commission, claimants who have sustained a personal injury caused by an automobile accident and who feel themselves aggrieved by a decision of MPIC must have that decision reviewed by the Corporation's Internal Review Officer. Claimants have 60 days to ask for a review.

The Internal Review Officer gives his or her decision in writing, with the reasons for that decision. A claimant who is still dissatisfied may then file a Notice of Appeal with the Commission within 90 days of the review decision. Rights of appeal are explained to the claimant in writing at each step in the processing of a claim.

The Commission can extend the deadline for filing appeals. Claimants who have furnished persuasive reasons for missing the 90-day deadline have been granted extensions. The Commission will continue to consider reasonable requests.

Once a Notice of Appeal has been filed with the Commission, the appellant's complete file is obtained from MPIC. Commission staff review the file and, based on the issue(s) under appeal, create an index of all relevant contents. A copy of the indexed material is provided to both parties. A date is then set for the hearing of that appeal. The Commission makes every effort to hold a hearing with a minimum of delay while, at the same time, attempting to accommodate the appellant and MPIC. So as to avoid last minute adjournments, the Commission's practice is to set hearing dates only when both parties can confirm that they do not anticipate producing any further medical or other written reports.

A panel of three commissioners, who comprise the quorum prescribed by the Act, hears appeals. 147 hearings and 19 pre-hearing meetings were held in the 2003/2004 fiscal year compared with 118 hearings and 3 pre-hearing meetings held in 2002/2003. Hearings are informal, with the majority of appellants acting without legal representation. The Commission is not bound by the rules of evidence followed by the courts. When viable, the Commission travels to hearings outside of Winnipeg. On occasion, where an appellant lives or works some distance out of Winnipeg, the commissioners have, with the approval of the parties, conducted a hearing by teleconference, using a 'speaker-phone' in the hearing room to enable complete communication between all interested persons; this procedure is useful in particular when few, if any, of the relevant facts are in dispute and it is therefore unnecessary for the panel to weigh evidence and determine credibility. The teleconference call has the added virtue of saving the expense of either bringing the appellant in to the city (sometimes from long distances) or having the entire panel travel to the area where the appellant lives. If, in the course of a telephone hearing, it becomes apparent that the Commission needs actually to see one or more witnesses, the matter will be adjourned for that purpose.

Appellants and MPIC may bring forward new evidence, either written or in the form of oral testimony, to be used at the hearing, in which event they are required to disclose it to the other side in reasonable time prior to the hearing. The commissioners weigh the evidence and the arguments of both the appellant and MPIC in arriving at each decision.

After the hearing, the Commission issues its decision, which, according to the Act may:

(a) confirm, vary or rescind MPIC's review decision; or
(b) make any decision that MPIC could have made.

Decisions, accompanied by the reasons for those decisions, are normally sent to the appellant and to MPIC in writing. A delay in issuing decisions may occur when the commissioners find it necessary to seek further, independent, expert evidence, in which case that evidence is promptly shared with both parties, who are given an opportunity to respond to it before the Commission's decision is finalised.

All of the Commission's reasons for its decisions (other than those that merely adopt the reasons of MPIC's Internal Review Officer) are available through QuickLaw, which is a Canadian company that maintains an electronic database of decisions rendered by courts and tribunals across the country. They are available on a commercial basis. This service should be of particular value to claimants, or representatives who appear at the Commission's hearings.

The Commission's decision is binding, subject only to a right of appeal to the Manitoba Court of Appeal on a point of law or a question of jurisdiction, and then only with prior leave from that Court. There were three applications for Leave to Appeal in the 2003/2004 year. The Court of Appeal dismissed all three. There was one application for Leave to Appeal to the Supreme Court of Canada. That application was dismissed as was the application for Judicial Review filed in the Manitoba Court of Queen's Bench. Only five applications for Leave to Appeal to the Court have been successful over the Commission's ten years of operation.

Approximately 20% of appeals heard during the year succeeded in whole or in part.

Significant Decisions

1. The appellant appealed a decision of MPIC's Internal Review Office with respect to whether benefits were properly terminated.

   The appellant was involved in two separate motor vehicle accidents. The appellant filed a claim for compensation as a result of the first accident. In support of the claim for Income Replacement Indemnity (IRI) benefits, the appellant provided copies of invoices to clients. MPIC began making bi-weekly IRI payments. The appellant was recovering from the injuries and was returning to employment duties on a gradual basis. Shortly thereafter, the appellant's condition was aggravated as a result of being involved in a second accident. MPIC accepted the claim for the second accident and payment of IRI benefits was authorized.

   MPIC then noticed a discrepancy in the invoices that the appellant had provided some number of months prior. MPIC conducted an investigation into the discrepancies and subsequently terminated benefits on the grounds that the appellant had knowingly provided false or inaccurate information to the Corporation. The appellant was also charged with fraud and uttering a forged document and was found guilty, after trial, of fraud in excess of $5,000.00.

   Counsel for the appellant argued that the conviction for fraud related only to the first accident and therefore the appellant's benefits were improperly terminated because at the time of termination, the benefits being paid were in relation to the second accident. Counsel argued that to apply the initial fraudulent act to all subsequent claims would

render the appellant uninsurable. Counsel stated that the forged invoices did not affect the amount of IRI benefits paid by MPIC for the second accident.

Counsel for MPIC submitted that the fraud applied to the claims for both accidents. Counsel maintained that the determination of IRI benefits after the second accident was based upon the determination of IRI benefits undertaken after the first accident. As a result, counsel for MPIC submitted that the appeal should be dismissed.

The Commission found that the criminal conviction of fraud related to the first motor vehicle accident and that the appellant knowingly provided false and inaccurate information to MPIC with respect to that accident. However, the Commission found that the forged document did not materially impact the claim made after the second accident as it did not affect the nature and extent of the injuries sustained by the appellant and it did not affect the determination of IRI benefits. The Commission found that there was medical evidence to support the appellant's continuing disability which developed as a result of the second accident. The Commission also found that the IRI paid to the appellant was based on a determined employment pursuant to the MPIC Act and Regulations and not as a result of calculations which would have included the information on the forged invoice. Since the altered document did not affect this determination, the Commission was unable to find that the appellant knowingly provided false or inaccurate information to MPIC in regards to the second accident. The Commission therefore ordered that the appellant's benefits be reinstated until such time as MPIC determined that the appellant no longer qualifies for benefits.

2. In this case, the appellant appealed a decision with respect to reimbursement for chiropractic treatment.

There are two conditions that must be met in order for a claimant to be entitled to reimbursement for expenses incurred for medical or paramedical care – the expenses must have been incurred because of the accident and the treatment must have been medically required.

The appellant's vehicle was struck when the driver of the other vehicle failed to stop at a red light. The appellant received chiropractic treatments for a period of time before suffering a work related injury. Once the appellant was in a position to resume treatments, the appellant's Chiropractor presented MPIC with a proposed treatment plan. In reviewing the treatment plan MPIC concluded that there was insufficient evidence to support a causal relationship between the appellant's current symptoms and the motor vehicle accident. On reviewing the treatment history, MPIC stated that it could not accept that the treatments were medically required.

At the commencement of the hearing, the appellant indicated that he had arranged for an appointment with a physiatrist in respect of the back problems. The Commission adjourned the proceedings pending receipt of the medical report. In his report, the physiatrist found that the appellant would benefit from epidural steroid injection treatments followed by lumbar stabilization exercises. MPIC referred the report to a

member of their Health Care Services (HCS) Team. The HCS physician found that on the balance of probability, there was a cause/effect relationship between the appellant's lumbar symptoms and the collision. However, he found that there had been no findings documented to warrant the proposed treatment and that therefore the treatment was not medically required. MPIC did find the proposed stabilization program to be medically required and as a result, MPIC advised the Commission that it was prepared to fund the stabilization program.

The Commission asked the appellant's physiatrist to review and comment on the report obtained by MPIC. In his response to the Commission, the physiatrist stated that on the basis of his review of the literature in this area and his practice based evidence, he felt that the appellant would benefit from the proposed treatment. In response, MPIC's HCS physician stated that in his view, the application of epidural steroid injections can never be described as medically required.

The issue of entitlement to reimbursement for the injections was not properly before the Commission at the time however both parties agreed to waive their respective rights requiring MPIC to render a decision in respect of the appellant's entitlement to the treatment proposed by the appellant's physiatrist. Both parties indicated they had no objections to the Commission making a decision in regard to this issue.

When the hearing reconvened, the Commission heard submissions by both parties on the issue as to whether the proposed injections were medically required. The appellant indicated that prior to the hearing reconvening he had commenced the recommended treatment and as a result the chronic back pain had been reduced. The appellant submitted that his health had improved and that therefore the injections were medically required to treat the injuries. MPIC submitted that the injections were elective and could never be described as medically required.

The Commission found that the appellant had testified in a direct and candid fashion and accepted the appellant's submission in respect of the positive effect of the injection treatments. The Commission found that the appellant's physiatrist based his medical opinion on his personal examination and treatment of the appellant. However the physician who provided an opinion for MPIC, who is also an experienced medical practitioner, based his opinion on a paper review of the appellant's MPIC medical file. The Commission stated that in these circumstances greater weight was given to the physiatrist's medical opinion. The physiatrist's opinion that the treatments were medically required corroborated the appellant's submission that the treatment was curing him. The Commission determined that the epidural steroid injection treatments were medically required in respect of the appellant's back problem and directed MPIC to reimburse the appellant for the cost of the treatment.

3. In this case the appellant appealed a decision by MPIC with respect to the apportionment of liability for the motor vehicle accident.

The appellant was involved in a motor vehicle accident. As a result of the accident, the appellant was found guilty, after trial, of dangerous driving causing death under the *Criminal Code* of Canada. The MPIC Act states that a victim's Income Replacement Indemnity (IRI) is to be reduced if the victim is convicted of such an offence in proportion to the victim's liability for the accident. As a result of the conviction, MPIC informed the appellant that they would proceed to recover the full amount of the Income Replacement Indemnity that had been paid.

Counsel for the appellant argued that the conviction for dangerous driving did not mean that the appellant was completely responsible for the accident. Counsel argued that the appellant did not lose control of the vehicle simply because of speed, but rather, because of over steering. Counsel suggested that something must have interfered with the driver's control – probably the passenger - and that is what caused the car to steer into the ditch. Counsel argued that responsibility for the accident should be apportioned and that IRI should be reduced according to the applicable section of the legislation. Counsel for the appellant submitted that the appellant should be held 15-20% responsible for the accident and the IRI benefit should be reduced accordingly.

Counsel for MPIC submitted that in the case of a single vehicle accident, the onus of proving that the accident did not arise solely through the negligence or improper conduct of the driver is upon the driver. Counsel submitted that the appellant had not established that he should not bear less than full responsibility for the accident.

In arriving at a decision, the Commission relied on the findings of the trial judge in the criminal proceedings who determined that the accident was a result of the combination of speed and diminished or impaired ability to drive. The Commission found that the argument of passenger interference, as advance by counsel for the appellant, was not probable in the circumstances of this case. The Commission found that the appellant had not established that factors other than the negligence or improper conduct of the appellant were responsible for the motor vehicle accident. As a result, the Commission found the appellant was 100% responsible for the accident and that the IRI benefits should be reduced accordingly. The appellant's appeal was dismissed.

4. In this case, the appellant was involved in a motor vehicle accident which resulted in permanent physical impairments. Pursuant to the MPIC Act, the appellant is entitled to a lump sum indemnity as a result of the permanent impairments. The case manager awarded the appellant 4% permanent impairment award with respect to herniation. No interest was paid on this amount. The appellant applied for an Internal Review of the decision. As a result of the review, the review officer awarded the appellant an additional 1% permanent impairment award for a permanent sensory impairment. The appellant then appealed the decision to the Commission. The appellant also appealed the calculation of interest on the permanent impairment benefit awarded.

Following the hearing on this matter, counsel for MPIC reconsidered the Corporation's position and decided to pay the additional benefit of 1% respecting the

herniation plus interest from the date on which MPIC received a medical report containing clinical evidence of the impairment from the appellant's physician. In light of MPIC's decision to pay the additional benefit and the appellant's agreement with the amount, the Commission issued a Consent Order for that issue.

However the appellant took issue with the amount of interest paid on the award. The appellant maintained that the interest should be calculated on the total permanent impairment benefit from the date of the motor vehicle accident, not the date of receipt of a medical report.

Counsel for MPIC argued that the impairment was not "created" at the date of the accident. Counsel stated that since there was no evidence the impairment existed before the date of a specific medical report, then the interest should run from the date that MPIC was made aware of the report to the date that payment for the impairment was made.

The relevant section of the MPIC Act in this case provides that a successful applicant on review or appeal is entitled to interest computed from the date on which the person was entitled to the indemnity or expense. The Commission found that, in normal circumstances, where the delay in the payment of permanent impairment benefits arises from a reasonable claims investigation, an award of interest is not justified and not provided for by the legislation. Accordingly, the Commission found that the appellant was not entitled to interest on the 4% permanent impairment awarded by the case manager.

The Commission was then required to consider when a person's entitlement to the indemnity or expense arose. The Commission found that it could not accept the argument that interest should only be calculated from the date when the Corporation became aware of a claimant's entitlement to money. Such an interpretation would mean, for example, that if several months elapse between the date when an enquiry is directed to a medical practitioner and the date when that practitioner responds, the victim of the accident is again victimized by the resultant delay. In this case, the Commission found that the appellant's entitlement arose on the date of the accident as that was the date when the impairment was created. As a result, the Commission found that the appellant was entitled to interest on the 1% permanent impairment awarded by the review officer as well as interest on the 1% permanent impairment agreed to in the Consent Order from the date of the motor vehicle accident and directed MPIC to reimburse the appellant accordingly.

5. The appellant appealed a decision of MPI which terminated entitlement to Income Replacement Indemnity benefits. The appellant was a driver of a motor vehicle which was struck from the rear by a truck while stopped at an intersection. Prior to the accident the appellant was employed at four part-time jobs. Following a period of recovery from the injuries sustained in the motor vehicle accident, the appellant returned to one of her part-time jobs but stated she was unable to resume the other three jobs. MPIC terminated the appellant's entitlement to Income Replacement

Indemnity benefits and concluded that there was insufficient subjective evidence to support the existence of occupational disability.

In addition to documentary evidence available at the hearing, the Commission also heard direct testimony from the one of the appellant's physicians, Dr. J. and from Dr. S., a member of MPIC's Health Care Services team. Both doctors are experienced physiatrists. The Commission found that there was a conflict in the medical evidence in respect of the nature of the appellant's injuries arising out of the accident, the causal connection between the accident and the appellant's alleged medical complaints, and the appellant's ability to perform three of the four part-time jobs after the accident. The Commission concluded that having regard to the consistency of Dr. J's medical opinions and testimony as well as the personal knowledge that Dr. J. and the appellant's personal physician had from interviewing and treating the appellant over a period of time, the Commission gave greater weight to Dr. J's medical opinions when there was any conflict between those medical opinions and the opinion of Dr. S who had not examined the appellant. The Commission further determined that the appellant was an impressive and credible witness and a very hard working individual who, prior to the accident, did not suffer from any chronic pain. The Commission also concluded that: the medical opinions and testimony that the appellant was not suffering from chronic pain syndrome prior to the accident was not challenged; both physiatrists agreed that after the motor vehicle accident the appellant suffered from a chronic pain syndrome; that the testimony that the chronic pain syndrome was caused by the motor vehicle accident was not challenged; and the appellant's testimony that her chronic pain prevented her from returning to work on the three part-time jobs held prior to the accident was corroborated by Dr. J.

The Commission therefore concluded that, on the balance of probabilities, the appellant had established that as a result of the motor vehicle accident she suffered from a myofascial pain syndrome and a chronic pain syndrome which was directly caused by the accident and that this prevented the appellant from returning to three of the part-time jobs. The Commission therefore found that the appellant had established, on a balance of probabilities, that MPIC erred in terminating Income Replacement Indemnity benefits and directed MPIC to reinstate those payments retroactively in respect of the entitlement to Income Replacement Indemnity benefits together with interest at the statutory rate.

6. The appellant was injured when the vehicle she was driving was struck in the rear by another motor vehicle. In terminating Income Replacement Indemnity benefits, MPIC advised that there were no physical factors identified that would preclude the appellant from returning to the employment held at the time of the accident. MPIC found that the appellant's diagnosed depression and unresolved grief reaction was unrelated to the motor vehicle accident and were the material factors in preventing the appellant from returning to work. MPIC determined that the review of medical evidence supported that the appellant had physically recovered from the injuries suffered in the accident to the extent that the appellant would be capable of returning to pre-collision

occupational duties. The appellant appealed MPIC's decision terminating Income Replacement Indemnity (IRI) benefits to the Commission.

Upon an initial review of the medical information on file, prior to a formal hearing, the Commission panel decided to conduct a Pre-Hearing Meeting with both parties. At this meeting the Commission indicated to both parties it was not satisfied that the appellant's two medical care providers had provided complete medical reports on the issues of causality and the impact of the appellant's highway traffic accident injuries on her ability to return to her pre-accident employment. The Commission panel advised both parties that it would be adjourning the proceedings and obtaining further medical reports from the appellant's two medical care providers and upon receipt of those reports would reconvene the hearings.

The Commission wrote to both medical care providers, provided them with all of the relevant medical information relating to the appellant's appeal, advised the two medical care providers the context which medical opinions were being sought from them and requested they comment on the issue of causality and on the issue of the impact on the appellant's motor vehicle accident injuries in respect of her ability to return to her pre-accident employment. The Commission received the two reports from the appellant's medical care providers and in both of these reports the medical care providers found that there was a connection between the motor vehicle accident and the injuries the appellant sustained in that accident and further found that these injuries together with the appellant's depression materially contributed to the appellant's inability to return to her pre-accident employment. These medical reports were provided to both parties and thereafter the Commission reconvened the hearing and after hearing the submissions of both parties, the Commission adjourned the proceedings and subsequently issued its decision.

The Commission, in it's decision in response to MPIC's criticism as to the manner in which the Commission had obtained medical opinions from the appellant's two medical care providers, indicated that in order for MPIC to terminate the appellant's IRI benefits, the Corporation was required to address the central issues of causality and the impact of the appellant's motor vehicle accident and her inability to return to work. The Commission noted that in obtaining medical reports from the appellant's medical care providers MPIC did not provide relevant medical reports to these providers, nor defined the context in which these opinions would be provided, failed to request the providers comment on the issue of causality and on the issue of the impact of the appellant's motor vehicle accident injuries in respect of her ability to return to her pre-accident employment. Rather, MPIC requested the two medical care providers to provide only a narrative report in respect of the medical condition of the appellant.

Upon receipt of these reports, MPIC provided these reports to its medical care consultants together with all of the relevant medical reports and specifically requested its consultants to comment on the issue of causality and/or the impact of the appellant's motor vehicle accident injuries and her inability to return to work. The Commission therefore concluded that the method by which MPIC obtained medical

information from the appellant's medical care providers prejudiced the appellant's claim to continuation of the appellant's entitlement to Income Replacement benefits. The Commission further found that the method by which MPIC obtained medical reports from the appellant's medical care providers was contrary to Section 150 of the Act which required MPIC to advise and assist the claimants in obtaining compensation to which they are entitled to under the Act.

The Commission upon a review of all of the relevant evidence, allowed the appeal and directed MPIC to reinstitute IRI benefits to the appellant.

Appeals to the Court of Appeal

The Commission's decisions can be appealed to the Court of Appeal but only on questions of law or jurisdiction. The following are examples of where the appellant sought leave to appeal the Commission's decision.

1. The appellant filed a number of appeals with respect to various issues. Prior to the hearing the appellant advised the Commission that he was unable to proceed without legal representation and requested that the Commission fund legal counsel in the proceedings.

   The Commission set a pre-hearing meeting to deal with the request. At the meeting the appellant submitted that: he was unable of representing himself at the appeal in respect of the complex legal issues that were involved; he was unable to afford the cost of a lawyer; Legal Aid rejected his request to provide him with a lawyer without fee; MPIC has lawyers that represent them at appeal hearings and it was unfair to the appellant to have to appear unrepresented; pursuant to the MPIC Act, the Commission had the authority to fund the appellant's counsel; and pursuant to the Charter, the Commission was required to fund legal counsel in order to represent him at the appeal hearing.

   MPIC submitted that there were no provisions in the MPIC Act that would permit the Commission to fund counsel for the appellant. The Commission confirmed that the MPIC Act does not provide for funding of legal counsel and, as a result, the Commission dismissed the appellant's request in this respect.

   In respect of the Charter issues raised by the Appellant, the Commission assumed it had jurisdiction to deal with the merits of the appellant's position given that MPIC did not put into question whether or not the Commission had the jurisdiction to do so. In its consideration of the Charter, the Commission determined that the appellant's claims were essentially economic in nature and did not come within the scope of life, liberty and security of person as set out in Section 7 of the Charter. The Commission stated that if it was in error in concluding that there was no violation of the appellant's right to security, then the Commission would be required to determine whether or not the Commission's denial to fund counsel would offend the principles of fundamental

justice. The Commission found that its denial to fund legal counsel for the appellant did not violate the principles of fundamental justice.

The appellant made Application for Leave to Appeal to the Court of Appeal on the grounds that his rights under the Charter were violated when the Commission denied the request to provide funding for legal costs with respect to his appeal. The Court of Appeal found no basis for the appellant's contention that he is entitled to funding for legal representation under the Act. The Court of Appeal found the appellant's invocation of the Charter to be misguided. The appellant's Application for Leave was dismissed.

2. The appellant appealed a decision wherein MPIC denied entitlement to reimbursement of additional attendant care expenses.

As a result of collision with wildlife, the appellant sustained a spinal cord injury and is completely paralyzed below the neck. The appellant requires attendant care on a 24-hour basis in order to assist with activities of daily living and for health concerns.

The appellant took a volunteer position which required him to travel outside of Winnipeg from time to time. The appellant incurred additional attendant care expenses for those trips that required overnight stays. The appellant was seeking reimbursement for those additional expenses from MPIC. The appellant contended that the additional expenses incurred should be covered by MPIC as part of his occupational rehabilitation as the volunteer position is consistent with his skills and abilities and would be helpful in fulfilling his career aspirations.

MPIC took the position that there was no statutory basis for the reimbursement and that the appellant already received the maximum allowable amount for personal care assistance benefit. MPIC further stated that given the appellant's accomplishments to date, he would be able to obtain remunerative employment if he chose to do so. MPIC submitted that the volunteer position he had taken was not a prerequisite to his employment goal.

The Commission found that although the appellant received the maximum personal care assistance benefit allowed under the MPIC Act, MPIC did have the discretion to take such measures as it considered necessary or advisable to contribute to the appellant's rehabilitation, to lessen a disability resulting from the bodily injury, and to facilitate the appellant's return to a normal life or reintegration into society or the labour market. However the Commission found that while the volunteer position taken by the appellant may have assisted in his eventual employment goal, the position was not a prerequisite. As such the Commission found that the expenses incurred in the volunteer capacity would not be deemed necessary in order to fulfill his occupational rehabilitation. The appeal was therefore dismissed.

The appellant made Application for Leave to Appeal the decision to the Court of Appeal. The Court denied the Application. The Appellant then made applied for

Leave to Appeal to the Supreme Court of Canada on a question of law. The appellant's application was dismissed.

Performance Targets

The Commission strives to hear and decide appeals fairly, accurately and with reasonable expedition. With this in mind, the Commission has established performance targets.

- The performance target for preparing the indexed file of material to be used at the hearing is five weeks after receipt of MPIC's file and all other additional material.
- The performance target for scheduling hearings is 6-8 weeks from the time the parties notify the Commission of their readiness to proceed.
- The performance target for rendering written decisions is 6 weeks following the hearing and receipt of all required information.

The Commission has experienced a significant increase in the number of appeals filed – 34% in 2002/2003 and 20% in 2003/2004. This increase in volume has resulted in the following average turnaround times for 2003/2004: 11.6 weeks to prepare the indexed file and 16 weeks from the time the parties are ready to proceed to a hearing and the actual hearing date. The Commission recognizes that this does not meet its performance targets and is making every effort to address this issue. Starting in September 2002, the Commission was able to increase the number of hearings scheduled by increasing the number of individuals who chair hearings. Although there was an increase in the number of hearings held, this was overshadowed by the significant increase in the number of appeals filed. The change did have a positive impact on the turnaround time for rendering decisions. The average turnaround time is 4 weeks.

Sustainable Development

The Commission is committed to the Province of Manitoba's Sustainable Procurement Practices plan. Commission staff is aware of the benefits of Sustainable Development Procurement. The Commission uses environmentally preferable products whenever possible and takes part in a recycling program for non-confidential waste.

Commission d'appel
des accidents de la route

Rapport Annuel
2003-2004

Manitoba

Manitoba

Commission d'appel des accidents de la route

330, avenue Portage
Bureau 1720
Winnipeg (Manitoba) CANADA
R3C 0C4

Téléphone : (204) 945-4155
Sans-frais : 1-800-282-8069
FAX : (204) 948-2402

Monsieur Greg Selinger
Ministre des Finances
Bureau 103
Palais législatif
450, Broadway
Winnipeg (Manitoba) R3C OV8

Monsieur le ministre,

En vertu du paragraphe 180(1) de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, dans les six mois qui suivent la fin d'un exercice, le commissaire en chef présente au ministre un rapport annuel concernant l'exercice des pouvoirs et des fonctions conférés à la Commission. Ce rapport fait état des décisions importantes de la Commission et des motifs de ces décisions.

J'ai l'honneur de vous présenter le présent Rapport annuel de la Commission des accidents de la route pour l'exercice terminé le 31 mars 2004, qui fait état des décisions importantes rendues au cours de cet exercice.

Veuillez agréez, Monsieur le ministre, l'expression de toute ma considération.

LE COMMISSAIRE EN CHEF,

MEL MYERS, c. r.

RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSION D'APPEL DES ACCIDENTS DE LA ROUTE POUR L'EXERCICE 2003-2004

Généralités

La Commission d'appel des accidents de la route (la Commission) est un tribunal spécialisé chargé d'entendre les appels interjetés relativement aux demandes d'indemnisation présentées en vertu du Régime de protection contre les préjudices personnels (RPPP) de la Société d'assurance publique du Manitoba (SAPM), connu couramment sous le nom de « programme d'assurance sans égard à la responsabilité ».

La Commission a été constituée sous le régime de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* (la *Loi*), qui prévoit notamment les pouvoirs et les attributions de la Commission en ce qui concerne le traitement des appels.

L'exercice 2003-2004 marquait la dixième année complète de fonctionnement de la Commission, qui compte maintenant un personnel de dix-neuf personnes : deux commissaires à temps plein, treize commissaires en temps partiel, un directeur, un agent des appels, une secrétaire affectée au service du commissaire en chef et un adjoint administratif. En 2003-2004, la Commission a été saisie de 189 appels de particuliers portant sur 234 décisions de la SAPM. En 2002-2003, par comparaison, elle avait été saisie de 164 appels portant sur 197 décisions de la SAPM. La plupart des appels entendus pendant l'exercice 2003-2004 avaient trait à des blessures subies au cours d'années précédentes, certaines remontant à 1994. Dans bien des cas, les dossiers correspondants deviennent chaque année plus volumineux et plus longs à examiner. Cet état de choses est attribuable en partie au fait que les demandeurs qui subissent des blessures relativement graves peuvent recevoir des indemnités de remplacement du revenu, des remboursements des traitements médicaux et d'autres prestations de la SAPM pendant assez longtemps si l'assureur ne conteste pas sa responsabilité initiale. Dans ces cas, c'est uniquement lorsque la SAPM décide de mettre fin aux prestations qu'est parfois mis en branle le processus d'appel.

Processus d'appel

Les demandeurs qui ont subi un préjudice personnel attribuable à un accident de la route et qui s'estiment lésés par une décision de la Société d'assurance publique du Manitoba doivent faire revoir la décision en question par l'agent de révision interne de la Société avant d'interjeter appel devant la Commission. Les demandeurs ont 60 jours pour demander une révision de la décision.

L'agent de révision interne rend sa décision par écrit et fournit les motifs correspondants. Le demandeur qui n'est toujours pas satisfait peut alors déposer un avis d'appel devant la Commission dans les 90 jours de la décision révisée. Les droits d'appel des demandeurs leur sont expliqués par écrit à chaque étape du traitement de la demande d'indemnisation.

La Commission peut prolonger le délai pour le dépôt des appels. La Commission a accordé des prolongations à des demandeurs qui n'ont pas respecté le délai prescrit de 90 jours mais qui ont fourni des raisons convaincantes. Elle entend continuer à prendre en considération les demandes raisonnables.

Une fois qu'elle reçoit un avis d'appel, la Commission obtient le dossier complet de l'appelant de la SAPM. Le personnel de la Commission examine le dossier et, d'après les questions soulevées par l'appel, crée un index de tous les éléments importants. Une copie des documents indexés est fournie aux deux parties. Une date est alors fixée pour l'audition de l'appel. La Commission s'efforce d'entendre l'appel le plus rapidement possible tout en cherchant à concilier les besoins de l'appelant et de la SAPM. Afin d'éviter les ajournements de dernière minute, la Commission a adopté comme règle de ne fixer la date de l'audience que quand les deux parties ont confirmé leur intention de ne pas produire d'autres renseignements médicaux ou rapports écrits.

Un comité de trois commissaires, ce qui constitue le quorum prévu par la *Loi*, entend les appels. Il y a eu 147 audiences et 19 conférences préparatoires pendant l'exercice 2003-2004, comparativement à 118 audiences et 3 conférences préparatoires en 2002-2003. Les audiences se tiennent de façon informelle, la plupart des appelants ne se faisant pas représenter par un conseiller juridique. La Commission n'est pas liée par les règles de la preuve que suivent les tribunaux. Lorsque cela est viable, la Commission se déplace pour tenir des audiences hors de Winnipeg. Il est parfois arrivé que les commissaires tiennent, avec l'approbation des deux parties, des audiences par téléconférence, à l'aide d'un téléphone à haut parleur installé dans la salle d'audience afin de permettre à toutes les personnes intéressées de communiquer librement entre elles, lorsqu'un appelant demeurait ou travaillait à une certaine distance de Winnipeg. Cette façon de faire se révèle particulièrement utile lorsqu'il y a peu de faits pertinents, voire aucun, qui font l'objet d'une contestation et qu'il n'est donc pas nécessaire que le comité apprécie la preuve et détermine la crédibilité. Les conférences téléphoniques offrent l'avantage d'éliminer les frais qu'il faudrait engager pour faire venir l'appelant en ville (parfois de très loin) ou pour faire déplacer tout le comité jusqu'à l'endroit où vit l'appelant. S'il devient évident, au cours d'une audience téléphonique, que la Commission doit voir un ou plusieurs témoins, l'audience sera ajournée à cet effet.

Les appelants et la SAPM peuvent présenter à l'audience de nouveaux éléments de preuve, soit par écrit, soit sous la forme de témoignages verbaux. Toutefois, en pareil cas, la partie qui présente les nouveaux éléments de preuve a l'obligation de les communiquer à l'autre partie dans un délai raisonnable avant l'audience. Les commissaires apprécient la preuve et les arguments des deux parties pour en arriver à leur décision.

Après l'audience, la Commission rend sa décision en conformité avec la *Loi*. Celle-ci prévoit que la Commission peut, selon le cas :

a) confirmer, modifier ou annuler la décision révisée de la SAPM;
b) rendre toute décision que la SAPM aurait pu rendre.

Les décisions, accompagnées des motifs à leur appui, sont normalement communiquées par écrit à l'appelant et à la SAPM. Les décisions peuvent parfois être retardées lorsque les commissaires jugent nécessaire de demander d'autres témoignages d'experts indépendants. Dans de tels cas, ces témoignages sont communiqués rapidement aux deux parties, qui ont la possibilité de réagir avant que la Commission ne rende sa décision définitive.

Tous les motifs des décisions de la Commission (à l'exception des motifs qui ne font que corroborer ceux de l'agent de révision interne de la SAPM) sont désormais accessibles par l'entremise de QuickLaw, une compagnie canadienne qui maintient une base de données électroniques des décisions des tribunaux et des cours de tout le pays. Ces décisions sont accessibles en contrepartie du paiement d'un droit. Ce service devrait être particulièrement utile aux demandeurs et aux représentants qui plaident aux audiences de la Commission.

La décision de la Commission est obligatoire. Seules les questions de droit ou de compétence peuvent faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel du Manitoba et ce, uniquement avec l'autorisation de cette dernière. En 2003-2004, trois demandes d'autorisation d'appel ont été présentées à la Cour d'appel, qui les a toutes rejetées. Une demande d'autorisation de pourvoi a été présentée devant la Cour suprême du Canada Cette demande a été rejetée, de même que la demande d'examen judiciaire présentée à la Cour du Banc de la Reine du Manitoba. Au cours des dix années de fonctionnement de la Commission, seules cinq demandes d'autorisation d'appel ont été acceptées par la Cour.

Environ 20 % des appelants entendus au cours de l'exercice ont obtenu gain de cause, en tout ou en partie.

Décisions importantes

1. L'appelante a interjeté appel d'une décision du Bureau de révision interne de la SAPM pour contester le bien-fondé de l'élimination de l'indemnité dont elle bénéficiait.

   L'appelant avait eu deux accidents d'automobile séparés. Il avait déposé une demande d'indemnisation à la suite du premier accident. Pour étayer sa demande d'indemnité de remplacement du revenu (IRR), il a fourni des copies de factures envoyées à ses clients. La SAPM a commencé a lui versé des paiements bimensuels d'IRI. L'appelant se remettait de ses blessures et reprenait progressivement son travail lorsque, peu après, son état s'est agravé du fait d'un deuxième accident. La SAPM a accepté la demande d'indemnisation correspondant au deuxième accident et le versement de l'IRI a été autorisé.

   La SAPM a ensuite remarqué des écarts dans les factures fournies par l'appelant plusieurs mois auparavant. Elle a mené une enquête sur ces écarts et a ultérieurement mis fin aux prestations parce que l'appelant lui avait délibérément fourni des renseignements faux ou inexacts. L'appelant a également été accusé de fraude et

production d'un document contrefait et a été jugé coupable de fraude de plus de 5 000 $ à l'issue d'un procès.

Le conseiller juridique de l'appelant a soutenu que la déclaration de culpabilité pour fraude ne concernait que le premier accident et que la SAPM avait donc eu tort de mettre fin aux prestations de l'appelant, ces prestations étant liées au deuxième accident. Le conseiller affirmait que la prise en compte de l'acte frauduleux initial dans toutes les demandes ultérieures rendrait en fait l'appelant inassurable. Il a également soutenu que les fausses factures n'avaient aucun effet sur le montant de l'IRR versée par la SAPM pour le deuxième accident.

Le conseiller juridique de la SAPM a déclaré que la fraude avait des répercussions sur les demandes d'indemnisation pour les deux accidents. Selon lui, l'IRR établie à la suite du deuxième accident était fondée sur l'établissement de l'IRR qui avait suivi le premier accident. Il a donc recommandé le rejet de l'appel.

La Commission a déclaré que la condamnation au criminel pour fraude se rapportait au premier accident d'automobile et que l'appelant avait délibérément fourni des renseignement faux et inexacts à la SAPM relativement à cet accident. Toutefois, la Commission a établi que les faux documents n'avaient pas eu d'effet notable sur la demande d'indemnisation présentée après le deuxième accident, car ils ne concernaient nullement la nature et la gravité des blessures subies par l'appelant et n'avaient pas influencé l'établissement de l'IRR. La Commission a déterminé qu'il existait des preuves médicales de l'incapacité persistante causée par le deuxième accident. La Commission a également jugé que l'IRR versée à l'appelant reposait sur un emploi déterminé en vertu de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* et des règlements y afférents et non sur des calculs qui auraient tenu compte des renseignements figurant sur les fausses factures. Étant donné que les documents contrefaits n'avaient pas influé sur le montant fixé, la Commission n'a pu conclure que l'appellant avait délibérément fourni des renseignement faux et inexacts à la SAPM concernant le deuxième accident. La Commission a donc ordonné le rétablissement des prestations de l'appelant, qui continueront d'être versées jusqu'à ce que la SAPM décide que l'appelant n'y est plus admissible.

2. Dans le cas présent, l'appelante a interjeté appel d'une décision relative au remboursement d'un traitement de chiropractie.

Deux conditions doivent être remplies pour qu'un demandeur ait droit au remboursement de dépenses engagées pour des soins médicaux ou paramédicaux : les frais doivent avoir été engagés en raison de l'accident et le traitement doit être nécessaire du point de vue médical.

Le véhicule de l'appelante avait été heurté par un autre véhicule dont le conducteur avait omis de s'arrêter à un feu rouge. L'appelante a reçu des services de chiropractie pendant un certain temps avant de subir une blessure liée au travail. Une fois l'appelante en mesure de reprendre le traitement, son chiropraticien a présenté à la

SAPM une proposition de plan de traitement. Après avoir examiné ce plan, la SAPM a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour établir un rapport de cause à effet entre les symptômes de l'appelante et l'accident d'automobile. Après avoir étudié les traitements suivis, la SAPM a indiqué ne pas pouvoir accepter que les traitements soient nécessaires du point de vue médical.

Au début de l'audience, l'appelante a indiqué avoir pris rendez-vous avec un physiatre concernant ses problèmes de dos. La Commission a ajourné l'instance dans l'attente du rapport médical. Dans ce dernier, le physiatre indiquait que des injections épidurales de stéroïdes suivies d'exercices de stabilisation lombaire seraient bénéfiques pour la santé de l'appelant. La SAPM a transmis le rapport à un médecin de l'équipe de ses services de santé (ESS). Ce médecin a conclu, selon la prépondérance des probabilités, il existait un rapport de cause à effet entre les symptômes lombaires ressentis par l'appelante et la collision. Il a toutefois indiqué qu'aucune étude publiée ne justifiait le recours au traitement par injections proposé et que celui n'était donc pas médicalement nécessaire. La SAPM a par contre jugé le programme de stabilisation proposé nécessaire du point de vue médical et, en conséquence, elle a fait savoir à la Commission qu'elle était disposée à prendre en charge les frais liés à ce programme.

La Commission a demandé au physiatre de l'appelante d'examiner le rapport obtenu par la SAPM et de présenter ses observations à ce sujet. Dans sa réponse à la Commission, le physiatre a indiqué que son étude des publications consacrées à ce sujet et les connaissances qu'il avait acquises dans sa pratique l'incitaient à penser que l'appelante profiterait du traitement d'injections proposé. Dans sa propre réponse, le médecin de l'ESS de la SAPM a affirmé que, à son avis, un traitement par injections épidurales de stéroïdes ne pouvait jamais être qualifié de médicalement nécessaire.

La Commission n'avait pas été saisie en bonne et due forme de la question du droit au remboursement des injections à ce moment, mais les deux parties avaient convenu de renoncer à leur droit respectif d'exiger de la SAPM qu'elle prenne une décision concernant le droit de l'appelante au traitement proposé par le physiatre de cette dernière. Les deux parties ont indiqué ne pas avoir d'objection à ce que la Commission prenne une décision concernant cette question.

À la reprise de l'audience, la Commission a entendu les observations présentées par les deux parties sur la question de savoir si les injections proposées étaient nécessaires du point de vue médical. L'appelante a indiqué avoir commencé le traitement recommandé avant la reprise de l'audience et que, à la suite de ces injections, ses douleurs chroniques dans le dos avaient diminué. Il a fait savoir que sa santé s'était améliorée et les injections étaient donc nécessaires médicalement pour traiter ses lésions. La SAPM a affirmé que les injections étaient facultatives et ne pouvaient donc être qualifiées de « nécessaires médicalement ».

La Commission a déclaré que l'appelante avait témoigné de manière directe et candide et a accepté ses observations concernant les bénéfices du traitement par injections. La

Commission a déterminé que l'avis médical du physiatre de l'appelante reposait sur l'examen personnel de l'appelante et le traitement suivi, alors que l'avis médical du médecin ayant fourni un avis au nom de la SAPM (lequel était lui aussi un praticien expérimenté) fondait son avis médical sur un examen du dossier médical de l'appelante à la SAPM. La Commission a fait savoir que, dans ces circonstances, elle accordait davantage de poids à l'avis médical du physiatre. Cet avis selon lequel les injections étaient médicalement nécessaires corroborait les observations de l'appelant, qui affirmait que le traitement le guérissait. La Commission a établi que le traitement par injections épidurales de stéroïdes était médicalement nécessaire pour les problèmes de dos de l'appelante et a ordonné à la SAPM de rembourser le coût du traitement à l'appelant.

3. Dans le cas présent, l'appelant a interjeté appel d'une décision de la SAPM relativement au partage de la responsabilité d'un accident d'automobile.

L'appelant avait eu un accident d'automobile. Comme suite à cet accident, et à l'issue d'un jugement, il a été déclaré coupable de conduite dangereuse ayant causé la mort en vertu du *Code criminel* du Canada. La *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* indique que, si une victime est déclarée coupable d'une infraction de ce genre, l'indemnité de remplacement du revenu (IRR) qui lui revient sera réduite proportionnellement à sa responsabilité à l'égard de l'accident. Compte tenu de la condamnation, la SAPM a informé l'appelant qu'elle s'attacherait à recouvrer le total de l'indemnité de remplacement du revenu versée.

Le conseiller juridique de l'appelant a déclaré que la déclaration de culpabilité pour conduite dangereuse ne signifiait pas que l'appelant était entièrement responsable de l'accident. Le conseiller juridique a soutenu que l'appelant n'avait pas perdu le contrôle du véhicule en raison de la seule vitesse, et que l'accident était également dû à un survirage. Il a suggéré que quelque chose avait dû gêner le conducteur, probablement le passager, et que cela explique que la voiture ait quitté la chaussée pour terminer dans le fossé. Le conseiller juridique a affirmé que la responsabilité de l'accident devait être partagée et que l'IRR devait être réduit conformément à l'article applicable de la loi. Il a également soutenu que l'appelant devrait être tenu à 15 ou 20 % responsable de l'accident et que l'IRR devrait être réduit en conséquence.

Le conseiller juridique de la SAPM a fait observé que dans le cas d'un accident concernant un seul véhicule, il appartenait au conducteur de prouver que l'accident n'était pas seulement dû à sa négligence ou à sa mauvaise conduite. Il a déclaré que l'appelant n'avait pas établi qu'il n'était pas entièrement responsable de l'accident.

Pour prendre sa décision, la Commission s'est appuyée sur les conclusions du juge du procès dans l'instance criminelle, qui avait établi que l'accident découlait à la fois de la vitesse et de facultés réduites ou affaiblies en conduite. La Commission a déclaré que l'argument selon lequel le passager aurait gêné le conducteur, avancé par le conseiller juridique de l'appelant, n'était pas probable compte tenu des circonstances de l'affaire. La Commission a déterminé que l'appelant n'avait pas établi que

l'accident d'automobile se devait à des facteurs autres que la négligence ou la mauvaise conduite de l'appelant. La Commission a donc conclu que l'appelant était totalement responsable de l'accident et que l'IRR devrait être réduit en conséquence. L'appel de l'appelant a été rejeté.

4. Dans le présent cas, l'appelant a eu un accident d'automobile qui s'est traduit par des déficiences physiques permanentes. En vertu de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, l'appelant a droit à une indemnité forfaitaire en raison de ces déficiences permanentes. Le gestionnaire du dossier a octroyé à l'appelant une indemnité de déficience permanente de 4 % relativement à l'herniation. Aucun intérêt n'a été payé sur ce montant. L'appelant a demandé une révision interne de la décision. À l'issue de cette révision, l'agent de révision a attribué à l'appelant une indemnité supplémentaire de 1 % pour une déficience sensorielle permanente. L'appelant a ensuite interjeté appel devant la Commission relativement à la décision ainsi qu'au calcul de l'intérêt sur l'indemnité de déficience permanente accordée.

Après l'audience à ce sujet, le conseiller juridique de la SAPM a réexaminé le point de vue de la Société et a décidé de verser l'indemnité supplémentaire de 1 % relative à l'herniation ainsi que l'intérêt couru à partir de la date à laquelle la SAPM a reçu du médecin de l'appelant un rapport médical exposant une preuve clinique de la déficience. Compte tenu de la décision de la SAPM de verser une indemnité supplémentaire et de l'accord de l'appelant concernant le montant fixé, la Commission a émis une ordonnance d'accord pour cette question.

L'appelant a toutefois contesté le montant des intérêts versés sur les prestations. Il a soutenu que l'intérêt devrait être calculé en fonction du total de l'indemnité de déficience permanente à partir de la date de l'accident d'automobile, et non de la date à laquelle un rapport médical a été reçu.

Le conseiller juridique de la SAPM a déclaré que la déficience n'avait pas été « créée » à la date de l'accident. Il a affirmé que les intérêts devraient s'appliquer à partir de la date à laquelle la SAPM avait été informée du rapport jusqu'à la date du paiement de l'indemnité de déficience, car il n'existait aucune preuve de l'existence de la déficience avant la communication d'un rapport médical donné.

L'article de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* applicable à cette affaire stipule qu'un demandeur qui a obtenu gain de cause à l'issue d'une révision ou d'un appel a droit à des intérêts calculés à partir de la date où la personne est admissible à l'indemnité ou à la dépense. La Commission a déterminé que, dans des circonstances normales, lorsque le retard du payment d'indemnités de déficience permanente découle d'une enquête raisonnable sur la demande d'indemnisation, l'octroi d'intérêts ne se justifie pas et n'est pas prévu par la loi. En conséquence, la Commission a conclu que le demandeur n'était pas admissible à des intérêts sur l'indemnité de 4 % de déficience permanente adjugée par le gestionnaire de cas.

La Commission a ensuite dû décider à partir de quel moment le droit d'une personne à une indemnité ou à une dépense prenait effet. La Commission a conclu qu'elle ne pouvait pas accepter l'argument selon lequel les intérêts ne devaient être calculées qu'à partir de la date où la Société a pris conscience du droit du demandeur à une indemnité. Une telle interprétation signifierait par exemple que si plusieurs mois s'écoulaient entre la date où l'on demande à un praticien d'effectuer une enquête et la réponse de celui-ci, ce délai ferait subir un préjudice à la victime de l'accident. Dans le cas présent, la Commission a déclaré que le droit de l'appelant prenait effet le jour de l'accident, car c'est à cette date que la déficience a été provoquée. La Commission a donc conclu que l'appelant avait droit à des intérêts sur l'indemnité de déficience permanente de 1 % atribuée par l'agent de révision ainsi que sur l'indemnité de déficience permanente de 1 % convenue dans l'ordonnance d'accord, et ce, à partir de la date de l'accident d'automobile, et elle a ordonné à la SAPM de rembourser l'appelant en conséquence.

5. L'appellante avait interjeté appel d'une décision de la SAPM qui mettait fin à son droit à une indemnité de remplacement du revenu. L'appelante était la conductrice d'un véhicule qui avait été heurté à l'arrière par un camion alors qu'il était arrêté à une intersection. Avant l'accident, l'appelante occupait quatre emplois différents à temps partiel. Après la période de récupération qui a suivi l'accident et les blessures connexes, l'appelante a repris l'un de ses emplois à temps partiel, mais a indiqué qu'elle ne pouvait réintégrer ses trois autres emplois. La SAPM a mis fin au droit de l'appelante à une indemnité de remplacement du revenu et a conclu qu'elle ne disposait pas de suffisamment de preuves subjectives pour établir l'existence d'une incapacité professionnelle.

Outre la preuve documentaire présentée à l'audience, la Commission a également entendu le témoignage direct d'un des médecins de l'appelant, le Dr J., ainsi que du Dr S., membre de l'équipe des services de santé de la SAPM. Ces deux médecins sont des physiatres expérimentés. La Commission a constaté des divergences au niveau des preuves médicales relatives à la nature des blessures de l'appelante causées par l'accident, au rapport de cause à effet entre l'accident et les problèmes médicaux que l'appelante affirme connaître et à la capacité de l'appelante d'exercer trois des quatre emplois à temps partiel après l'accident. La Commission a déclaré que, compte tenu de la cohérence des avis médicaux et du témoignage du Dr J. ainsi que des connaissances directes que le Dr J. et le médecin particulier de l'appelante ont tirées de leurs conversations avec l'appelante et du traitement de celle-ci au fil du temps, la Commission a accordé davantage de poids aux avis médicaux du Dr J. lorsqu'il y a avait divergence entre ces avis et le point de vue du Dr S., lequel n'avait pas examiné l'appelante. La Commission a ensuite établi que l'appelante était un témoin impressionant et digne de fois et une personne très travailleuse qui, avant l'accident, ne souffrait d'aucune douleur chronique. La Commission a également tiré les conclusions suivantes : les avis médicaux et le témoignage selon lesquels l'appelante ne souffrait pas du syndrome de douleur chronique avant l'accident n'avaient pas été contestés; les deux physiatres étaient d'accord sur le fait que, après l'accident d'automobile, l'appelante souffrait du syndrome de douleur chronique; le témoignage

selon lequel l'accident d'automobile était à l'origine du syndrome de douleur chronique n'avait pas été mis en doute; le Dr J. avait corroboré le témoignage de l'appelante indiquant que ses douleurs chroniques l'empêchaient de reprendre trois des emplois à temps partiel qu'elle exerçait avant l'accident.

La Commission a donc conclu que, selon la prépondérance des probabilités, l'appelante avait établi qu'elle souffrait de douleurs myo-fasciales et d'un syndrome de douleur chronique découlant directement de l'accident d'automobile, et que ces problèmes empêchaient l'appelante de reprendre trois des ses emplois à temps partiel. La Commission a donc déterminé que l'appelante avait établi, selon la prépondérance des probabilités, que la SAPM avait commis une erreur en mettant fin à l'indemnité de remplacement du revenu, et elle a ordonné à la SAPM de rétablir ces paiements de façon rétroactive relativement au droit à l'indemnité de remplacement du revenu, avec les intérêts accumulés au taux prévu par la loi.

6. L'appelante avait été blessée lorsque le véhicule qu'elle conduisait avait été heurté à l'arrière par un autre véhicule. En mettant fin à l'indemnité de remplacement du revenu, la SAPM a indiqué n'avoir constaté aucun facteur physique empêchant l'appelante de reprendre l'emploi qu'elle exerçait au moment de l'accident. La SAPM a déclaré que la dépression diagnostiquée de l'appelante et la persistance du choc émotif étaient sans rapport avec l'accident d'automobile et que c'était là les principaux facteurs empêchant l'appelante de reprendre son travail. Selon la SAPM, la révision de la preuve médicale montrait que l'appelante s'était remise physiquement des blessures subies lors de l'accident jusqu'à un point où elle était capable de reprendre les fonctions professionnelles qu'elle occupait avant la collision. L'appelante a interjeté appel devant la Commission de la décision de la SAPM qui mettait fin à l'indemnité de remplacement du revenu (IRR).

À l'issue d'un examen initial des renseignements médicaux figurant dans le dossier, le comité de la Commission a décidé de tenir une réunion préalable à l'audience officielle avec les deux parties. Au cours de cette rencontre, la Commission a indiqué aux deux parties ne pas être convaincue que les deux fournisseurs de soins médicaux de l'appelant aient fourni des rapports médicaux complets sur les questions de causalité et les répercussions des blessures causées par l'accident de circulation sur la capacité de l'appelante à réintégrer l'emploi qu'elle exerçait avant la collision. Le comité a informé les deux parties qu'il ajournerait l'instance pour obtenir d'autres rapports médicaux des deux fournisseurs de soins médicaux de l'appelante, et qu'il reprendrait l'audience après avoir reçu ces rapports.

La Commission a écrit aux deux fournisseurs de soins médicaux, leur a fourni tous les renseignements médicaux se rapportant à l'appel de l'appelant, les a informé du contexte dans lequel on leur demandait leur avis et leur a demandé leurs observations sur la question de la causalité et les répercussions des blessures causées par l'accident sur la capacité de l'appelante à réintégrer l'emploi qu'elle exerçait avant la collision. La Commission a reçu des fournisseurs de soins médicaux de l'appelante deux rapports, qui indiquaient tous deux que les blessures subies par l'appelante étaient liées

à l'accident d'automobile et qui établissaient que ces blessures et la dépression dont souffrait l'appelante contribuaient fortement à l'incapacité de l'appelante à réintégrer l'emploi qu'elle occupait avant l'accident. Ces rapports médicaux ont été transmis aux deux parties. La Commission a ensuite repris l'audience et, après avoir entendu les observations des deux parties, elle a ajourné l'instance et a plus tard rendu sa décision.

Dans cette décision, la Commission a indiqué, en réponse aux critiques de la SAPM concernant la méthode qu'elle avait employée pour obtenir des avis médicaux des deux fournisseurs de soins médicaux de l'appelante, que la SAPM était tenue d'examiner les questions centrales de la causalité et des répercussions des blessures causées par l'accident sur la capacité de l'appelante à réintégrer l'emploi qu'elle exerçait avant la collision avant de de mettre fin à l'indemnité de remplacement de revenu de l'appelante. La Commission a fait remarquer que lors de l'obtention de rapports médicaux auprès des fournisseurs de soins médicaux de l'appelante, la SAPM avait omis de fournir à ces fournisseurs les rapports médicaux pertinents, de définir le contexte dans lequel ces avis devaient être fournis et de demander aux fournisseurs de présenter leurs observations sur les questions de la causalité et des répercussions des blessures causées par l'accident sur la capacité de l'appelante à réintégrer l'emploi qu'elle exerçait avant la collision. La SAPM s'est contentée de demander aux deux fournisseurs de soins médicaux de présenter un simple rapport circonstancié concernant l'état de santé de l'appelante.

Après avoir reçu ces rapports, la SAPM les a transmis à ses consultants médicaux, avec tous les rapports médicaux pertinents, et a expressément demandé à ses consultants de présenter des observations sur la question de la causalité ou les répercussions des blessures causées par l'accident sur la capacité de l'appelante à réintégrer le marché du travail. La Commission a donc conclu que la méthode suivie par la SAPM pour obtenir des renseignements médicaux des fournisseurs de soins médicaux de l'appelante nuisait à la requête de l'appelante visant le maintien de son indemnité de remplacement de revenu. La Commission a également jugé que cette méthode était contraire à l'article 150 de la *Loi*, qui exige de la SAPM qu'elle conseille les demandeurs et les aide à obtenir l'indemnité à laquelle ils ont droit en vertu de la *Loi*.

Après avoir examiné tous les éléments de preuve pertinents, la Commission a accueilli l'appel et a ordonné à la SAPM de rétablir l'IRR de l'appelante.

Appels devant la Cour d'appel

Il est possible d'interjeter appel devant la Cour d'appel de décisions de la Commission, mais seulement sur un point de droit ou de compétence. Voici des exemples d'affaires où l'appelant a demandé l'autorisation d'appeler d'une décision de la Commission.

1. L'appelant a interjeté plusieurs appels concernant des points divers. Avant l'audience, l'appelant a informé la Commission qu'il ne pouvait continuer de

participer à l'instance sans l'aide d'un conseiller juridique et lui a demandé de prendre en charge pour cette instance les honoraires juridiques correspondants.

La Commission a convoqué une réunion préalable à l'audience pour traiter la demande. Lors de cette rencontre, l'appelant a informé la Commission des points suivants : il n'était pas en mesure de se représenter à l'instance d'appel compte tenu de la complexité des questions juridiques à l'étude; il ne pouvait prendre en charge les honoraires d'un avocat; l'Aide juridique avait rejeté sa demande visant à obtenir gratuitement les services d'un avocat; la SAPM disposait d'avocats la représentant aux audiences d'appel et il était donc injuste que l'appelant doive comparaître sans conseiller; la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* autorisait la Commission à prendre en charge les honoraires du conseiller juridique de l'appelant; en vertu de la Charte, la Commission devait prendre en charge les honoraires juridiques afin que l'appelant soit représenté à l'audience d'appel.

La SAPM a déclaré que la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba* ne comportait aucune disposition autorisant la Commission à prendre en charge les honoraires du conseiller juridique de l'appelant. La Commission a confirmé qu'aucune disposition de ce genre n'existait et a donc rejeté la demande de l'appelant à cet égard.

Pour ce qui est des questions soulevées par l'appelant concernant la Charte, la Commission a supposé qu'elle avait la compétence nécessaire pour examiner le bien-fondé du point de vue de l'appelant, car la SAPM n'avait pas mis en doute la compétence de la Commission à cet égard. Dans son examen relatif à la Charte, la Commission a établi que les demandes de l'appelant étaient essentiellement d'ordre économique et ne relevaient pas du droit à la vie, à la liberté et la sécurité des personnes, tel qu'il est énoncé à l'article 7 de la Charte. La Commission a indiqué que si elle faisait erreur en concluant qu'il n'y avait pas atteinte au droit à la sécurité de l'appelant, elle devrait alors déterminer si le refus de la Commission de prendre en charge les honoraires juridiques enfreindrait les principes de justice fondamentale. La Commission a jugé qu'un tel refus ne contrevenait pas aux principes de justice fundamentale.

L'appelant a présenté une demande d'autorisation d'appel devant la Cour d'appel en invoquant que la Commission avait contrevenu à ses droits en vertu de la Charte en rejetant la demande de prise en charge des honoraires juridiques concernant son appel. La Cour d'appel n'a trouvé aucun motif soutenant l'argument de l'appelant selon lequel il avait droit à la prise en charge de sa représentation par un avocat en vertu de la *Loi*. La Cour d'appel a jugé mal fondée l'invocation de la Charte par l'appelant, qui a vu sa demande d'autorisation d'appel rejetée.

2. L'appelant a interjeté appel d'une décision par laquelle la SAPM niait son admissibilité au remboursement de frais supplémentaires de soins auxiliaires.

À la suite d'une collision avec un animal sauvage, l'appelant a subi une lésion médullaire et est devenu complètement paralysé en-dessous du cou. L'appelant

nécessite des soins auxiliaires jour et nuit en raison de ses problèmes de santé et pour ses activités quotidiennes.

L'appelant a accepté un poste de bénévole qui l'obligeait à se déplacer occasionnellement hors de Winnipeg. Il devait donc payer des frais supplémentaires de soins auxiliaires pour les voyages durant plus d'une journée. Il a demandé à se faire rembourser de ces dépenses supplémentaires par la SAPM. L'appellant soutenait que les frais additionnels devaient être pris en charge par la SAPM dans le cadre de sa réadaptation professionnelle, car le poste de bénévole était conforme à ses compétences et aptitudes et l'aiderait à atteindre ses objectifs professionnels.

La SAPM a déclaré qu'il n'existait aucun fondement juridique justifiant le remboursement et que l'appelant avait déjà reçu le montant maximum autorisé pour l'aide aux soins auxiliaires. Elle a par ailleurs indiqué que les réalisations de l'appelant à ce jour montraient qu'il pourrait trouver un emploi rémunéré s'il choisissait de le faire. La SAPM a soutenu que le poste de volontaire occupé par l'appelant ne constituait pas une condition préalable à l'atteinte de son objectif professionnel.

La Commission a jugé que même si l'appellant recevait l'aide maximale aux soins auxiliaires en vertu de la *Loi sur la Société d'assurance publique du Manitoba*, la SAPM avait le pouvoir discrétionnaire de prendre une mesure exceptionnelle si elle l'estimait nécessaire ou préférable afin de contribuer à la réadaptation de l'appelant, de réduire l'incapacité découlant d'une lésion corporelle et de faciliter le retour de l'appelant à une vie normale ou sa réintégration à la société ou au marché du travail. La Commission a toutefois déclaré que même si le poste de volontaire occupé par l'appelant pouvait l'avoir aidé dans son objectif professionnel ultime, le poste n'était pas une condition préalable. En conséquence, elle a décidé que les dépenses engagées dans son rôle de bénévole n'étaient pas considérées nécessaires à la réadaptation professionnelle de l'appelant. L'appel a donc été rejeté.

L'appelant a présenté une demande d'autorisation d'appel de la décision devant la Cour d'appel. La Cour a rejeté la demande. L'appelant a ensuite déposé une demande d'autorisation d'appel devant la Cour suprême du Canada sur une question de droit. Cette demande a également été rejetée.

Objectifs de rendement

La Commission s'attache à entendre et à trancher les appels de manière équitable, exacte et raisonnablement opportune, et elle a dans ce contexte établi des objectifs de rendement.

- L'objectif de rendement pour la préparation du dossier indexé des documents à utiliser à l'audience est de cinq semaines après la réception du dossier de la SAPM et de tous les autres documents.

- L'objectif de rendement pour l'établissement de la date des audiences est de six à huit semaines à partir du moment où les parties informent la Commission de leur intention d'aller de l'avant.
- L'objectif de rendement pour la communication des décisions écrites est de six semaines après l'audience et la réception de toute l'information nécessaire.

La Commission a enregistré une augmentation sensible du nombre d'appels interjetés – 34 % en 2002-2003 et 20 % en 2003-2004. Cette charge de travail accrue s'est traduite par les délais moyens de traitement suivants en 2003-2004 : 11,6 semaines pour préparer le dossier indexé et 16 semaines entre le moment où les parties se déclarent prêtes à aller de l'avant avec une audience et la date réelle de l'audience. La Commission est consciente du fait qu'elle n'a pas atteint ses objectifs de rendement et déploie tous les efforts possibles pour régler ce problème. Depuis septembre 2002, elle a réussi à accroître le nombre d'audiences tenues en augmentant le nombre de personnes qui président des audiences. Toutefois, l'augmentation du nombre d'audiences tenues a été éclipsée par la hausse sensible du nombre d'appels interjetés. Le changement a néanmoins eu un effet favorable sur le délai de communication des décisions, qui est en moyenne de quatre semaines.

Développement durable

La Commission s'est engagée envers le plan de pratiques de développement durable de la Province du Manitoba. Le personnel de la Commission est conscient des avantages de l'approvisionnement suivant les principes de développement durable. La Commission utilise des produits à privilégier lorsque cela est possible et elle participe à un programme de recyclage pour les déchets non confidentiels.